

DE LA

FRÉQUENCE DE L'INSERTION DU PLACENTA

SUR LE

SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS ET DE SES ACCIDENTS

DE LA FRÉQUENCE

DE

L'INSERTION DU PLACENTA

SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR

DE L'UTÉRUS ET DE SES ACCIDENTS

PAR

Le Dr Émile MAGGIAR

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
ET DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT (BAUDELOCQUE)
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

DE LA

FRÉQUENCE DE L'INSERTION DU PLACENTA

SUR LE

SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS ET DE SES ACCIDENTS

INTRODUCTION

L'existence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus (placenta prœvia, insertion vicieuse des auteurs), démontrée pour la première fois par Portal, en 1685, est admise aujourd'hui par tous les accoucheurs. Depuis cette époque, de nombreux et importants travaux ont été publiés sur ce sujet; mais ce n'est que dans ces dernières années que notre maître, M. le professeur Pinard, grâce au procédé qu'il a indiqué pour connaître rétrospectivement le point de la cavité utérine où s'insérait le bord inférieur du placenta, a attiré l'attention sur la fréquence de cette complication et de certains accidents (hémorrhagie, rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré) qui peuvent l'accompagner. Nous avons pu voir, pendant notre séjour à la clinique Baude-

locque, de nombreux cas d'insertion vicieuse du placenta avec leurs différentes modalités ; ces faits n'étant pas encore suffisamment connus, M. le professeur Pinard nous a suggéré l'idée de choisir cette question pour en faire le sujet de notre thèse. Nous nous proposons donc, dans ce travail, de rechercher quelle est la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur et de passer en revue tous les accidents que l'on peut observer. Mais il ne suffit pas de savoir combien de fois ces divers accidents se rencontrent, il faut encore se demander comment ils sont supportés par la mère et l'enfant: aussi avons-nous pensé qu'il serait intéressant de relever tous les cas de mort provoquée directement par l'insertion vicieuse ; nous en connaîtrons par là le pronostic.

Pour entreprendre cette étude, nous avons consulté les registres de la clinique Baudelocque depuis sa fondation (juillet 1889) jusqu'au mois d'octobre 1894, c'est-à-dire pendant une période de plus de cinq années ; nous espérons ainsi obtenir des résultats uniformes.

Voici l'ordre suivant lequel nous développerons notre travail :

Chapitre premier. — De l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus : généralités ; fréquence.

Chapitre II. — Présentation du fœtus.

Chapitre III. — Hémorrhagie.

Chapitre IV. — Rupture prématurée et précoce des membranes.

Chapitre V. — Avortement.

Chapitre VI. — Accouchement prématuré.

Chapitre VII. — Procidence du cordon et des membres.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à exprimer nos sentiments de gratitude à tous nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, M. le professeur Verneuil, M. le professeur Le Dentu, MM. les docteurs Bucquoy, Ricard, Brault, Siredey, Varnier, Bouffe de Saint-Blaise, pour les savants conseils qu'ils nous ont prodigués pendant le cours de nos études.

Nous devons remercier également M. le docteur Wallich, chef de clinique, pour l'amabilité avec laquelle il nous a fourni tous les renseignements nécessaires pour mener notre travail à bonne fin.

Que M. le professeur Pinard nous permette de lui adresser tous nos remerciements et l'expression de notre profonde reconnaissance pour son bienveillant accueil, pour son brillant enseignement et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

De l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. — Généralités. — Fréquence.

A. — **Généralités.**

Depuis Mme Lachapelle, la plupart des auteurs classiques admettent et décrivent plusieurs variétés d'insertion vicieuse : l'insertion latérale, l'insertion marginale, l'insertion partielle, l'insertion complète et l'insertion centrale (variété dite centre pour centre) ; on trouve même dans certains traités d'accouchements des insertions cervicales et vaginales.

Nous laisserons de côté ces cas très rares et discutables pour ne nous occuper que des deux variétés suivantes admises par M. Pinard : la première, dans laquelle le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, plus ou moins près de l'orifice interne, mais ne le recouvre pas ; la deuxième, dans laquelle le placenta recouvre l'orifice interne en partie ou en totalité. Au surplus nous ne saurions faire mieux que de citer les remarques de M. Pinard (1) : « Je dois avouer, dit-il, que je n'ai pas encore rencontré un seul cas d'insertion dite centrale ou complète. Pendant mon internat à la Maternité, pendant mon clini-

(1) Pinard, De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain, *Annales de Gynécologie*, 1886.

quat, dans ma clientèle de la ville, depuis que je dirige le service d'accouchements de Lariboisière, je n'ai jamais vu que des insertions marginales. Plusieurs fois, il est vrai, on me dit que l'insertion était centrale, mais un examen plus complet me permit de reconnaître qu'à côté des cotylédons qui paraissaient être au centre de l'orifice, se trouvaient des membranes. Donc, sans vouloir nier en aucune façon l'existence de l'insertion dite centre pour centre, je la crois excessivement rare puisque, en ne prenant que les chiffres fournis par la statistique de Lariboisière, depuis que je dirige le service, on trouve sur 6.960 accouchements, 25 insertions vicieuses du placenta, ayant donné lieu à des hémorrhagies. Et dans ces 26 cas, l'insertion marginale. »

Nous pouvons affirmer que même encore aujourd'hui, M. le professeur Pinard conserve des doutes sur l'existence de cette variété d'insertion. A propos d'une femme qui était entrée dans le service pour une série d'hémorrhagies survenues pendant les trois derniers mois de sa grossesse, et qui fut prise d'une hémorrhagie grave pendant le travail, notre maître a fait, le 26 novembre 1894, une leçon clinique qu'il terminait ainsi : « Je reste toujours à chercher l'insertion du placenta centre pour centre. » Comment se fait-il, dès lors, que les auteurs ne s'entendent pas sur ce dernier point, et qu'on rencontre encore des hommes très autorisés qui défendent avec ardeur cette insertion centre pour centre ? M. le professeur Pinard a trouvé l'explication de cette divergence d'opinions. Il fait remarquer que lorsqu'on pratique le toucher au début du travail, le doigt explorateur peut ne

trouver que de tissu placentaire, et l'on croit avoir affaire à une insertion centrale, alors qu'un examen pratiqué plus tard, la dilatation du col étant plus avancée, fait constater au contraire que le bord du placenta est accessible, ce qui prouve qu'il s'agit seulement d'une insertion incomplète. Mais ce n'est pas tout. Même avec une dilatation comme une pièce de 5 francs et plus, il peut arriver que le doigt, introduit dans le vagin, ne rencontre au niveau de l'orifice que des cotylédons ; il n'y a plus de doute : « Nous sommes en présence d'une insertion centrale », s'écriraient ceux qui admettent cette variété ! Et cependant, nous dit M. Pinard, même dans ces cas, qui sont présentés comme des exemples bien nets d'insertion centre pour centre par les partisans de cette variété, il s'agit encore d'une insertion vicieuse incomplète : le placenta, qui se trouvait sur le segment inférieur de l'utérus, se décolle de plus en plus, glisse et vient recouvrir complètement l'orifice. Et la preuve, c'est qu'en cherchant avec soin en arrière, à droite, à gauche, mais principalement en avant, en portant le doigt très haut derrière le pubis, on atteint toujours les membranes. M. Pinard a observé de nombreux faits analogues, et il nous en a présenté un bel exemple dans sa leçon clinique du 26 novembre 1894.

Ces réserves étant faites, que doit-on entendre par insertion du placenta sur le segment inférieur? Quelles en sont les limites ? Barnes fait passer par l'utérus deux plans perpendiculaires à son axe formant deux cercles, le cercle polaire supérieur et le cercle polaire inférieur. Ces deux cercles divisent la surface interne de la matrice en trois zones : la zone du fond, la zone du milieu et la zone infé-

rieure. Cette dernière zone (zone cervicale ou dangereuse de Barnes), qui est limitée en haut par le cercle polaire inférieur et qui mesure de 8 à 10 centimètres d'étendue à partir du col de l'utérus, représente pour l'acconcheur anglais le siège de l'insertion vicieuse. Aussi considère-t-il comme prœvia tout placenta qui s'insère au-dessous du cercle polaire inférieur.

Telle est également, à peu de chose près, la manière de voir de M. le professeur Pinard ; et nous dirons avec notre maître : il y a insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus chaque fois que la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice interne du col, mesure moins de 10 centimètres. Une question se pose ici : peut-on savoir, après la délivrance, à quelle distance de l'orifice utérin se trouvait le bord inférieur de l'arrière-faix ? Lorsque les membranes sont intactes et complètes, rien n'est plus facile. Dans ces conditions en effet, nous dit M. Pinard, « les membranes présentent habituellement une ouverture assez régulière à travers laquelle le fœtus est sorti et qui correspond à peu près au pôle inférieur.

Si donc on mesure les distances qui séparent les bords de cette ouverture des bords correspondants du placenta, l'on aura assez approximativement les distances qui séparaient le placenta des bords de l'orifice utérin. Si l'on suppose un arrière-faix présentant entre les bords de l'ouverture des membranes et les bords correspondants du placenta, une distance de 5 centimètres d'un côté et de 25 centimètres de l'autre, on pourra en conclure que vraisemblablement le placenta était inséré à 5 centimètres de l'orifice utérin. Si, au contraire, nous trouvons de tous les

points du pourtour de l'orifice membraneux des distances se rapprochant sensiblement de 20 centimètres, on pourra en conclure que le placenta était inséré à égale distance de tous côtés de l'orifice utérin, c'est-à-dire au fond de la cavité utérine. »

A ceux qui trouveraient des objections à faire à cette méthode, nous répondrons par l'éloquente plaidoirie de notre maître (1) : « Je sais bien, ajoute-t-il, que cette manière de procéder offre prise à la critique, et que l'on peut m'objecter avec raison que les membranes ne se rompent pas toujours de la même façon, que la déchirure peut s'étendre à droite, à gauche, en avant, en arrière, que les membranes ne se rompent pas au même niveau, que l'amnios peut glisser sur le chorion et présenter une ouverture ne correspondant pas à celle du chorion et de la caduque. Mais j'avouerai que je n'ai pas trouvé d'autre moyen pouvant me conduire à la connaissance de l'insertion du placenta. J'ai pensé qu'en employant ce procédé, même imparfait, dans tous les cas, je pourrais obtenir des résultats comparables. »

A la clinique Baudelocque, on a l'habitude, chaque fois que cela est possible, d'examiner le délivre et de faire rigoureusement cette mensuration des membranes. Il suffit pour cela, le placenta reposant sur une table par sa face utérine, d'introduire une main dans l'intérieur de l'œuf : on soulève les membranes, on les tend et on prie un aide de les mesurer.

(1) Pinard, *Loco citato.*

B — Fréquence.

Pendant longtemps on croyait que le placenta s'insérait toujours au fond de l'utérus, et si Portal, dès 1685, réagissait contre cette erreur et montrait que le délivre pouvait s'insérer sur le segment inférieur, il faut reconnaître cependant que jusqu'en ces dernières années, un grand nombre d'auteurs pensaient encore que cette insertion du placenta se fait la plupart du temps au fond de la cavité utérine. C'est en 1886 seulement que M. le professeur Pinard, grâce au procédé qu'il a indiqué et dont nous venons de parler, a démontré que cette assertion est erronée, que le placenta est le plus souvent inséré sur le segment moyen et le segment inférieur de l'utérus que sur le segment supérieur.

Quelle est sa fréquence sur le segment inférieur? Les chiffres suivants, que nous avons relevés dans les registres de la clinique Baudelocque, vont nous l'apprendre.

Depuis le mois de juillet 1889 jusqu'au mois d'octobre 1894, c'est-à-dire pendant une période de plus de cinq années, 8.355 femmes sont venues accoucher ou avorter dans le service. Sur ces 8.355 cas, 1.509 fois les membranes étant incomplètes ou déchirées, n'ont pu être mesurées.

Restent donc 6.846 cas où cette mensuration a été faite, et qui se répartissent ainsi :

Placentas insérés de 0 à 9 centimètres de l'orifice utérin (sur le segment inférieur) : 3.938, soit 57.52 0/0.

Placentas insérés au-dessus de 9 centimètres : 2.908, soit 42.33 0/0.

De plus, nous avons divisé les 3.938 cas d'insertion vicieuse en deux catégories, chez les primipares et chez les multipares : insertion *basse* variant de 0 à 5 centimètres de l'orifice interne du col : insertion *haute* variant de 6 à 9 centimètres.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

Primipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m...............	685	soit	17,30 0/0
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m...............	1.151	—	29,22 0/0
	Total...............	1.836	soit	46,62 0/0
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m...............	780	soit	19,80 0/0
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m...............	1.322	—	33,57 0/0
	Total...............	2.102	soit	53,63 0/0

En additionnant nous trouvons, chez les primipares et les multipares réunies, sur 6,846 accouchements, 3,938 insertions vicieuses, soit 57,52 0/0.

Cette statistique comprend aussi 37 cas d'insertion vicieuse relevés sur des accouchements gémellaires.

Si nous comparons maintenant ces chiffres, nous voyons :

1° Que l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus est extrêmement fréquente, puisqu'on l'observe 57,52 fois sur 100, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas ;

2° Que les insertions *hautes* (de 6 à 9 centimètres) se rencontrent, aussi bien chez les primipares que chez les multipares, presque deux fois plus souvent que les insertions *basses* (de 0 à 5 centimètres) ;

3° Que les multipares l'emportent sur les primipares, mais dans une faible proportion car nous trouvons, pour les deux catégories d'insertion que nous avons distinguées *basse* et *haute,* 1,836 primipares, soit 46,62 0/0 et 2, 102 multipares, soit 53, 63 0/0.

Il nous faut reconnaître, cependant, que cette proportion n'est pas absolue, car elle n'est prise que sur les cas de placenta prœvia seulement et non sur tous les accouchements en général.

Déjà en 1886, M. le professeur Pinard, sur un total de 1,394 accouchements, avait rencontré 392 fois le placenta inséré sur le segment inférieur (28,12 0/0) proportion beaucoup plus faible que celle que nous avons trouvée ; mais il est juste de faire remarquer que les recherches de notre maître n'ont porté que sur 1,394 cas.

La proportion des primipares donnée par les auteurs s'écarte sensiblement de celle que nous avons indiquée... (46,62 0/0) :

Pinard	compte	33,92 0/0	de primipares.
Simpson	—	30	—
Jüdell	—	12,12	—
Müller	—	17	—
Depaul	—	16,6	—
King	—	10	—
Lomer	—	8	—

On a recherché également sur quelle face de l'utérus avait lieu habituellement l'insertion du placenta.

Pinard et Varnier, cités par Ribemont-Dessaignes et Lepage, sur 39 pièces ont trouvé la proportion suivante :

22 fois le placenta est inséré sur la paroi postérieure.

12 fois le placenta est inséré sur la paroi antérieure.

1 fois le placenta est inséré sur le fond.

1 fois le placenta est inséré sur la paroi latérale gauche.

1 fois le placenta est inséré sur les deux parois antérieure et postérieure (grossesse trigémellaire).

On voit que dans plus de la moitié des cas l'insertion a lieu sur la face postérieure de l'utérus et que l'insertion sur le fond est tout à fait exceptionnelle.

CHAPITRE II

Présentation du fœtus.

On sait que l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus prédispose aux présentations vicieuses ; mais l'on sait aussi que plusieurs autres causes : laxité de la paroi abdominale, malformation ou obliquité utérine, fœtus trop petit (pour l'épaule et le siège) ou trop gros pour la face), grossesse multiple, hydramnios, bassin vicié, hydrocéphalie, macération du fœtus, peuvent amener le même résultat. Aussi pour rechercher la fréquence de ces présentations dans l'insertion vicieuse seule, dégagée de toute influence étrangère, avons-nous éliminé toutes celles qui coïncidaient avec une ou plusieurs de ces causes.

Sur les 3,938 placentas prœvia que nous avons trouvés, il nous faut retrancher 48 cas dans lesquels le diagnostic de la présentation n'était pas indiqué.

Restent donc 3,890 insertions vicieuses qui donnent les résultats suivants :

1° PRÉSENTATION DU SOMMET

		Nombre de cas	Sommet	
Primipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m........	680	627	(92,20 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m........	1.132	1.085	(95,84 0/0)
	Totaux.......	1.812	1.712	(94,48 0/0)

		Nombre de cas	Sommet
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m........	766	696 (99,86 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m........	1.312	1.230 (93,75 0/0)
	Totaux.......	2.078	1.926 (92,68 0/0)

D'où, chez les primipares et les multipares réunies, sur 3,890 cas :

3,638 présentations du sommet, soit 93,52 0/0, proportion moins forte que dans les accouchements normaux où elle atteint 98,67 0/0 (Ribemont-Dessaignes et Lepage).

2° PRÉSENTATIONS VICIEUSES

		Nombre de cas	Siège	Epaule	Face
Primipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m..	680	23 (3,38 0/0)	3 (0,44 0/0)	2 (0,29 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m..	1.132	36 (3,26 0/0)	1 (0,08 0/0)	1 (0,08 0/0)
	Totaux..	1.812	59 (3,25 0/0)	4 (0,22 0/0)	3 (0,16 0/0)

		Nombre de cas	Siège	Epaule	Face
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m..	766	18 (2,34 0/0)	5 (0,65 0/0)	1 (0,13 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m..	1.312	19 (1,44 0/0)	7 (0,53 0/0)	1 (0,07 0/0)
	Totaux..	2.078	37 (1,78 0/0)	12 (0,57 0/0)	2 (0,09 0/0)

En additionnant nous trouvons, sur 3.890 cas :

Siège . . . . . 96, soit 2.46 pour 100
Epaule. . . . . 16, — 0.41 — —
Face . . . . . 5, — 0.12 — —

Si l'on veut bien comparer ces chiffres, on remarque que les présentations du siège sont de beaucoup les plus fréquentes, puis viennent les présentations de l'épaule, et enfin celles de la face ; que ces différentes présentations ont d'autant plus de chance de se produire que l'insertion du placenta se fait plus bas ; qu'elles s'observent (excep-

tion faite pour le présentation de l'épaule) plus souvent chez les primipares que chez lès multipares.

Mais nous ferons observer que cette prédominance des premières sur les secondes n'est pas absolue, car tous les cas de présentation vicieuse que nous avons rencontrés chez de grandes multipares à parois abdominales relâchées, ont été laissés de côté.

Les chiffres que nous venons de donner sur la fréquence des présentations vicieuses dans les cas de placenta prœvia, ne concordent pas avec ceux de certains auteurs ; ainsi :

		Sommet	Epaule	Siège
Lomer	trouve	51, 0/0	32, 0/0	9, 0/0
Simpson	—	65,55 0/0	23,33 0/0	11,11 0/0
Charpentier	—	66, 0/0	24, 0/0	9, 0/0
Depaul	—	75,34 0/0	11,36 0/0	13,69 0/0
King	—	87, 0/0	5, 0/0	6, 0/0
Pluyette	—	88,63 0/0	6,81 0/0	4,54 0/0

Comment expliquer des résultats aussi différents? Il nous est permis de penser que ces auteurs ont groupé les cas indistinctement, sans tenir compte des autres causes qui peuvent concourir à déterminer une présentation anormale.

Nous avons recherché également, pour la présentation du sommet seulement, combien de fois la présence du placenta sur le segment inférieur de l'utérus a pu gêner l'engagement de la tête fœtale.

Nos recherches n'ont porté que sur 3,562 cas, car nous avons dû retrancher des 3,638 présentations du sommet que nous avons relevées 76 cas dans lesquels le diagnostic de l'engagement n'était pas mentionné.

Voici ce que nous avons noté, après avoir mis de côté toutes les causes de non accommodation que nous avons énumérées à propos de la présentation du fœtus :

		Nombre de cas	SOMMET Engagement effectué	SOMMET Engagement non effectué
Primipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m.	608	511 (84,04 0/0)	72 (11,84 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m.	1.077	903 (83,84 0/0)	126 (11,69 0/0)
	Totaux..	1.685	1.414 (83,91 0/0)	198 (11,75 0/0)

		Nombre de cas	SOMMET Engagement effectué	SOMMET Engagement non effectué
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m.	664	462 (69,57 0/0)	97 (14,60 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m.	1.213	894 (73,70 0/0)	127 (10,46 0/0)
	Totaux..	1.877	1.356 (72,24 0/0)	224 (11,93 0/0)

Donc sur 3,562 présentations du sommet :
2770 fois (77, 76 0/0) la tête était engagée.
422 — (11, 84 0/0) — n'était pas engagée.

CHAPITRE III

Hémorrhagie.

Si les hémorrhagies provoquées par l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus sont connues depuis longtemps, il n'en est pas de même de l'époque de leur apparition ; on croyait, et un grand nombre d'accoucheurs croient encore aujourd'hui, qu'elles ne surviennent que dans les trois derniers mois de la grossesse, et l'on regarde l'hémorrhagie des six premiers mois comme la compagne obligée, nécessaire de l'avortement.

M. le professeur Pinard s'élève contre cette manière de voir, et dans une leçon faite à la clinique Baudelocque (23 novembre 1894) *sur les hémorrhagies utérines pendant l'état puerpéral*, notre maître s'exprime ainsi : « Les auteurs ont divisé les hémorrhagies de la grossesse en deux grandes classes : hémorrhagies des six premiers mois ou hémorrhagies de l'avortement, et hémorrhagies des trois derniers mois ou hémorrhagies causées par insertion vicieuse du placenta. Je trouve, quant à moi, cette division beaucoup trop schématique, et je ne puis l'admettre pour les raisons suivantes. D'abord, il y a nombre de femmes qui avortent et qui n'ont pas d'hémorrhagie ; et réciproquement il y a des femmes qui, pendant les premiers mois de la grossesse, ont des hémorrhagies et n'avortent pas. Voilà pour la première division. Quant à la seconde, elle

tendrait à nous mettre dans l'esprit ce fait : à savoir que l'hémorrhagie survenant dans les trois derniers mois de la grossesse reconnaît toujours pour cause une insertion vicieuse du placenta, ce qui est une erreur, et que l'insertion vicieuse du placenta ne cause d'hémorrhagie que pendant les trois premiers mois, ce qui en est une autre. Car, ainsi que je vous le démontrerai en m'appuyant sur un grand nombre d'observations, l'insertion vicieuse du placenta est la cause d'hémorrhagies dans bien des cas avant le sixième mois. Voilà pour la seconde division... »

Dans leur récent ouvrage, Ribemont-Dessaignes et Lepage arrivent aussi à la même conclusion. « C'est surtout, disent-ils, pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse que se montrent les hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta, parce que c'est dans cette période de la grossesse que l'utérus se développe, augmente de capacité aux dépens du segment inférieur ; cependant il est légitime d'admettre que nombre d'hémorrhagies et par suite d'avortements qui surviennent du troisième au sixième mois de la grossesse doivent être attribués à la même cause, ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans certains cas par l'examen de l'œuf abortif. »

Les recherches que nous avons faites nous ont donné des résultats qui confirment pleinement l'opinion émise par M. Pinard. Nous avons eu soin de ne relever que les cas d'hémorrhagie où aucune cause autre que l'insertion vicieuse (albuminurie, gémellité, hydramnios, affections du cœur, varices des organes génitaux, etc.) n'était en jeu et ne pouvait, par conséquent, être incriminée.

Nous avons distingué les hémorrhagies qui se produisent :

1° Pendant la grossesse :

a) Premier tiers,

b) Deuxième tiers,

c) Troisième tiers ;

2° Pendant le travail ;

3° Pendant la période de délivrance ;

4° Après la délivrance.

Le tableau ci-contre, dans lequel figurent les cas d'hémorrhagie légère et d'hémorrhagie grave, indique leur fréquence relative.

Hémorrhagies relevées sur 3,938 cas d'insertion vicieuse.

PARITÉ	Distance du bord inférieur du placenta de l'orifice interne du col	NOMBRE DE CAS	HÉMORRHAGIES					
			PENDANT LA GROSSESSE			Pendant le travail	Pendant la période de délivrance	Après la délivrance
			Premier tiers	Deuxième tiers	Troisième tiers			
Primipares	0 à 5 c/m.	685	8 (1,16 0/0)	7 (1,02 0/0)	33 (4,81 0/0)	19 (2,77 0/0)	17 (2,48 0/0)	11 (1,60 0/0)
	6 à 9 —	1.151	7 (0,60 0/0)	18 (1,56 0/0)	25 (2,17 8/0)	13 (1,12 0/0)	13 (1,12 0/0)	14 (1,21 0/0)
	Totaux...	1.836	15 (0,52 0/0)	25 (0,88 0/0)	58 (2,04 0/0)	32 (1,12 0/0)	30 (1,05 0/0)	25 (0,88 0/0)
Multipares	0 à 5 c/m.	780	14 (1,79 0/0)	24 (3,07 0/0)	47 (6,02 0/0)	33 (4,23 0/0)	14 (1,79 0/0)	12 (1,53 0/0)
	6 à 9 —	1.322	12 (0,90 0/0)	12 (0,90 0/0)	37 (2,79 0/0)	12 (0,90 0/0)	17 (1,27 0/0)	18 (1,36 0/0)
	Totaux...	2.102	26 (1,23 0/0)	36 (1,71 0/0)	84 (3,99 0/0)	45 (2,14 0/0)	31 (1,47 0/0)	30 (1,42 0/0)
En additionnant : Primipares et multipares réunies...................		3.938	41 (1,04 0/0)	61 (1,54 0/0)	142 (3,60 0/0)	77 (1,95 0/0)	61 (1,54 0/0)	55 (1,39 0/0)

La lecture de ce tableau montre que la fréquence de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta suit une marche graduellement ascendante depuis le début de la grossesse jusqu'à la fin, elle est proportionnelle à l'âge de la grossesse ; qu'elle commence à décroître pendant le travail, décroissance qui s'accuse encore pendant la période de délivrance et qui atteint son maximum après la délivrance ; que les primipares sont plus exposées à cet accident que les multipares ; que l'hémorrhagie est d'autant plus fréquente que le placenta se trouve inséré plus près de l'orifice utérin.

Voici les chiffres donnés par certains auteurs relativement à l'époque de la première hémorrhagie :

	Nombre de cas	Avant le 5·mois	Au 6·mois	Au 7·mois	Au 8·mois	Au 9·mois
Simpson. . . .	89	3	5	19	19	43
Depaul.	70	1	7	12	26	24
Pluyette. . . .	42	3	8	12	7	12
Totaux. . .	201	7	20	43	52	79

CHAPITRE IV

Rupture prématurée et précoce des membranes.

Dans l'accouchement physiologique, la rupture des membranes se fait habituellement au moment de la dilatation complète ou presque complète : c'est la rupture tempestive. Mais elle peut aussi avoir lieu beaucoup plus tôt, soit au début ou au cours du travail, soit avant tout début de travail : elle est dite précoce dans le premier cas, prématurée dans le second.

Pourquoi la rupture de la poche des eaux se fait-elle prématurément? Nombreuses sont les causes qui, depuis Hippocrate, ont été invoquées pour l'expliquer. On a accusé la minceur et la fragilité des membranes, l'hydramnios, la grossesse gémellaire, les rétrécissements du bassin, les mauvaises présentations, etc. M. le professeur Pinard a montré, par de nombreuses recherches, que ces différentes causes n'ont qu'une influence minime et que la rupture prématurée des membranes est causée, le plus souvent, par l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Sur 1,394 accouchements, notre maître a constaté 147 fois la rupture des membranes avant l'apparition des douleurs, et sur ces 147 cas, 105 fois les membranes mesuraient d'un côté de 0 à 10 centimètres.

Le Dr Lacaille, dans sa thèse inspirée par le Dr Pinard, rapporte 19 observations d'insertion vicieuse où la rup-

ture des membranes s'est faite 16 fois prématurément et 13 fois après les premières douleurs.

Nous avons recherché, sur les 3,938 cas de placenta prœvia que nous avons relevés, la fréquence de la rupture prématurée et de la rupture précoce ; retranchant de ce nombre 83 cas dans lesquels le moment de la rupture des membranes n'était pas indiqué, il n'en reste plus que 3,855 qui donnent les résultats suivants :

		Nombre de cas	Rupture prématurée	Rupture précoce
Primipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m.	647	87 (13,44 0/0)	122 (18,85 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m.	1.136	139 (12,23 0/0)	221 (19.45 0/0)
	Totaux..	1.783	226 (12,67 0/0)	343 (19,23 (0(0)

		Nombre de cas	Rupture prématurée	Rupture précoce
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m.	769	135 (17,56 0/0)	107 (13,91 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m.	1.303	175 (13,43 0/0)	193 (14,81 0/0)
	Totaux..	2.072	310 (14,96 0/0)	300 (14,48 0/0)

En additionnant ces chiffres, on trouve sur 3,855 cas :

Rupture prématurée 536, soit 13,90 pour 100.

— précoce 643, — 16,67 —

On remarque en outre :

1° Pour la rupture prématurée :

a) Qu'elle est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares, constatation qui a déjà été faite par M. Pinard (93 multipares et 54 primipares sur 147 cas), Garipuy (189 multipares et 119 primipares sur 308 cas), Alezais (524 multipares et 402 primipares sur 936 cas) ;

b) Qu'elle s'observe plus souvent avec une insertion *basse* qu'avec une insertion *haute* du placenta ;

2° Pour la rupture précoce :

a) Qu'elle se rencontre plus fréquemment chez les primipares que chez les multipares ;

b) Qu'elle se produit plus souvent dans les cas d'insertion *haute* que dans les cas d'insertion *basse*.

CHAPITRE V

Avortement.

Parmi les causes qui peuvent provoquer l'avortement : syphilis, tuberculose, albuminurie, maladies aiguës ou chroniques (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, pneumonie, maladies du cœur), lésions de l'utérus et de ses annexes, hydramnios, gémellité, malformation et déviation utérines, etc., l'insertion vicieuse du placenta doit prendre place.

Brion, sur 530 cas d'avortements, en a trouvé 64 qui ne reconnaissaient d'autre cause que l'insertion vicieuse du placenta.

Sur 3,938 cas de placenta prœvia, nous avons relevé, après avoir éliminé toutes les causes précédentes, 20 avortements (0,5 pour 100) que nous croyons pouvoir attribuer à l'insertion du placenta sur le segment inférieur et dont nous rapportons plus bas les observations. Nous avons pris pour limite entre l'avortement et l'accouchement prématuré le terme de six mois admis par la loi.

Ces 20 cas se divisent ainsi :

		Nombre de cas	Total des avortements	Avortement avec rupture des membranes prématurée	Avortement avec rupture des membranes précoce
Primipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m....	685	5 (0,72 0/0)	1 (20 0/0)	2 (40 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m....	1.151	2 (0,17 0/0)	1 (50 0/0)	1 (50 0/0)
	Totaux......	1.836	7 (0,38 0/0)	2 (28,57 0/0)	3 (42,85 0/0)

		Nombre de cas	Total des avortements	Avortement avec rupture des membranes — prématurée	Avortement avec rupture des membranes — précoce
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m....	780	11 (1,41 0/0)	5 (45,45 0/0)	0
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m....	1.322	2 (0,15 0/0)	1 (50 0/0)	0
	Totaux......	2.102	13 (0,61 0/0)	6 (46,15 0/0)	0

En comparant ces chiffres, on remarque que l'avortement est plus fréquent chez les multipares que chez les primipares ; qu'il se produit d'autant plus facilement que l'insertion du placenta se fait plus bas ; qu'il se complique, dans la moitié des cas environ, de la rupture prématurée ou précoce des membranes.

Observation I

Insertion vicieuse du placenta chez une tertipare ; rupture prématurée des membranes 65 *heures avant le début du travail ; avortement à* 5 *mois* 1/2 *environ ; l'enfant meurt cinq minutes après la naissance.*

La nommée Letertre, 31 ans, entre à la clinique Baudelocque le 25 février 1890, perdant de l'eau depuis la veille à 5 heures du matin. Elle a marché à un an et a toujours bien marché. Réglée à 16 ans, elle perd régulièrement depuis. Rougeole à 3 ans. Variole l'année dernière. Pas d'albumine dans les urines. Bassin normal.

Cette femme est accouchée une première fois spontanément à terme d'un enfant se présentant par le sommet. Un avortement à 1 mois 1/2. Elle a eu ses dernières règles les premiers jours de septembre 1889. Apparition des mouvements actifs du fœtus au commencement de février 1890. La hauteur de l'utérus mesure 15 centimètres. L'enfant, vivant, se présente par le sommet. Le 26 février, à 10 heures du soir, apparaissent les premières douleurs ; la dilatation, qui a commencé à 10 h. 1/2, est complète à 11 h. 1/2.

Le 27, à minuit 10, expulsion spontanée d'un fœtus du sexe masculin, vivant, pesant 720 grammes.

La délivrance naturelle a lieu 4 h. 45 après.

Le placenta pèse 200 grammes. Les membranes entières mesurent 0/19.

Suites de couches normales.

Observation II

Troisième grossesse ; insertion vicieuse du placenta ; présentation du siège ; hémorrhagie abondante au début du travail ; rupture artificielle des membranes, le col n'étant pas encore effacé ; avortement à 6 mois ; enfant mort pendant le travail.

Marie B..., ménagère, entrée le 1er avril 1891 à la clinique Baudelocque.

Rien dans ses antécédents héréditaires et personnels. Pas d'albumine ; pas de rétrécissement du bassin. Elle a marché à 12 mois. Ses deux grossesses antérieures ont été normales. Régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans, elle a eu ses règles pour la dernière fois du 21 au 26 septembre 1890. Elle a senti remuer son enfant au milieu de février 1891.

Au moment de son arrivée dans le service, cette femme perd une grande quantité de sang ; par le palper on constate une présentation du siège ; les bruits du cœur, faibles et ralentis, sont perçus au-dessous de l'ombilic à droite de la ligne médiane ; en pratiquant le toucher, on trouve le col long mais perméable. Mlle Rose, sage-femme en chef, rompt les membranes à 11 h. 30 du matin, et comme il n'y avait pas d'engagement, elle abaisse un pied ; l'hémorrhagie s'arrête. La dilatation est complète à 3 heures du soir, et à 3 h. 1/4, la femme expulse un fœtus du sexe féminin, mort, pesant 1,020 grammes.

La délivrance est faite, par extraction simple, à 6 h. 15 du soir.

Le placenta pèse 330 grammes. Membranes, 2/22.

Les suites de couches sont normales.

Observation III

Troisième grossesse ; insertion vicieuse du placenta ; présentation du siège en S. I. G. T. ; avortement à 5 mois 1/2 ; l'enfant meurt quelques heures après sa naissance.

Marie Wenderbergen, âgée de 31 ans, entre à la clinique Baudelocque le 25 juillet 1891 à midi.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose.

Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 24 ans ; métrite hémorrhagique à 29 ans.

Pas d'albumine. Bassin normal.

Elle a marché à 18 mois et a toujours bien marché.

Régulièrement réglée. Les deux grossesses antérieures se sont terminées par un avortement, la première à trois mois, la deuxième à deux mois. Les dernières règles ont eu lieu le 6 février. Le travail a débuté à 5 heures du soir le 25 février ; dilatation complète à 4 h. 55 le 26 février ; rupture tempestive de la poche des eaux ; expulsion spontanée, cinq minutes après, d'une fille vivante, de 650 grammes.

L'enfant a vécu quelques heures. La délivrance se fait spontanément au bout de 35 minutes.

Poids du placenta, 320 grammes. Membranes, 2/22.

Le liquide amniotique étant un peu fétide, on fait une injection intra-utérine.

Suite de couches normales.

Observation IV

Insertion vicieuse du placenta chez une secondipare ; hémorrhagie au début du travail ; présentation du siège en S.I.G.T. ; avortement à 4 mois ; enfant mort non macéré.

La femme P..., cuisinière, entre dans le service le 8 septembre 1891 à 7 h. 20 du soir. Les antécédents héréditaires et personnels ne révèlent rien qui soit digne d'être noté. Pas d'albu-

mine. Bassin normal. Son premier accouchement a eu lieu à terme. Dernières règles au commencement de mai. Début du travail le 7 septembre à 4 heures du soir, accompagné d'une perte de sang assez abondante ; dilatation complète le 8 septembre à 10 heures du soir ; expulsion spontanée, cinq minutes après, d'une fille morte, mais non macérée, de 390 grammes.

La délivrance se fait spontanément à 11 h. 10 du soir. Le placenta pèse 200 grammes. Les membranes mesurent 3/12.

Suites de couches normales.

Observation V

La nommée Albertine H..., domestique, entre à la clinique Baudelocque, le 17 septembre 1891, à 8 heures du soir.

Primipare, bien réglée, elle ignore à quelle époque elle a eu ses dernières règles. Elle paraît être enceinte de 5 mois 1/2.

Bassin normal. Pas d'albumine. Aucune maladie.

A l'examen, on trouve une présentation de l'épaule ; le col est effacé ; on attend. Dilatation complète le 18 à 1 heure du soir ; rupture artificielle des membranes à ce moment ; liquide amniotique verdâtre ; expulsion, quelques minutes après, d'un garçon mort, de 780 grammes.

La délivrance a lieu spontanément au bout de 40 minutes.

Placenta, 230 grammes. Membranes, 4/26.

Suites de couches normales.

Observation VI

Insertion vicieuse du placenta ; hémorrhagie au troisième mois ; rupture prématurée des membranes ; avortement à 5 mois 1/2 ; enfant mort 24 heures après la naissance.

Hallouin, 22 ans, femme de chambre, entrée à la clinique Baudelocque le 27 septembre 1891.

Primipare. Bonne santé habituelle ; pas de maladies antérieures ; pas d'albumine. Les dernières règles remontent au 28 avril 1891.

Au troisième mois de sa grossesse, cette femme a eu une hémorrhagie qui a duré quelques heures et qui n'a plus reparu. Le 26, à 6 heures du soir, sans qu'elle ait ressenti la moindre douleur, elle perd les eaux ; le travail n'a débuté que le 27 à 5 heures du soir, et c'est pourquoi elle est arrivée dans le service. En l'examinant, on constate une présentation du sommet en G. P. A 11 heures du soir, le col commence à se dilater ; à minuit 45, la dilatation est complète, à 1 h. 10 du matin, expulsion d'un garçon vivant pesant 785 grammes. Il est mis dans une couveuse où il meurt 24 heures après.

Délivrance spontanée à 1 h. 30.

Poids du placenta, 380 grammes. Membranes, 4/15.

Les suites de couches sont normales.

Observation VII

Marie B..., primipare, entre à la clinique le 24 octobre 1891, à 1 h. 30 du matin.

Fièvre typhoïde à 14 ans. Pas d'albumine. Les dernières règles datent du 14 juin. Elle est donc enceinte de 4 mois. Le 22 octobre, sans cause appréciable, elle est prise d'une forte hémorrhagie qui s'arrête spontanément au bout de quelques heures ; peu de temps après apparaissent les premières douleurs, et le 23, à 10 heures du soir, elle perd de l'eau. Au moment de son arrivée dans le service, le col est en voie de dilatation ; dilatation complète à 2 h. 10 ; l'enfant, du sexe féminin, est expulsé 25 minutes après ; il est mort, mais non macéré, et pèse 265 grammes. Extraction simple du placenta à 3 h. 20 ; il pèse 180 grammes.

Membranes, 3/9. Suites de couches normales.

Observation VIII

La nommée Julie C..., 30 ans, journalière, entrée le 12 mars 1892. Pas d'antécédents pathologiques. Elle est enceinte pour la septième fois ; 3 grossesses à terme ; un avortement à 2 mois,

un à 6 mois, un à 4 mois. Elle a eu ses dernières règles du 24 au 27 septembre 1891 ; elle est donc enceinte de 5 mois 1/2. Rupture prématurée des membranes le 11 mars à 2 heures du soir ; début du travail le 12 à 10 h. 30 du matin ; présentation du sommet ; bruits du cœur fœtal peu perceptibles. A 2 h. 50 du soir, expulsion, 20 minutes après la dilatation complète, d'une fille morte, non macérée, pesant 580 grammes. Délivrance spontanée à 4 h. 45. Poids du placenta, 188 grammes. Membranes, 3/13.

Suites de couches pathologiques : T., 39°,1. Injection intra-utérine. Sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes. Guérison.

Observation IX

La nommée Berthe Boullier, 32 ans, modiste, se présente à la clinique Baudelocque le 1er mai 1892.

Primipare, irrégulièrement réglée (elle est en retard de 5 jours) sans antécédents pathologiques, cette femme est enceinte de 5 mois 1/2 ; les dernières règles ont eu lieu du 3 au 9 novembre 1891. A partir du 15 décembre, elle a eu, à chaque époque correspondant à la menstruation, un léger écoulement sanguin. Le 25 avril elle a été prise d'une hémorrhagie plus considérable que les précédentes. L'enfant vivant se présente par le sommet en G. A. — Rupture prématurée des membranes le 30 avril à 2 h. 25 du matin ; début du travail le 1er mai à 7 heures du soir ; dilatation complète le 2 à 2 heures du matin. Terminaison spontanée à 2 h. 25. Enfant vivant, du sexe féminin, mort quelques instants après la naissance, pesant 630 grammes. Extraction simple du placenta (260 grammes) à 7 h. 10. Les membranes complètes mesurent 8/14. Suites de couches normales.

Observation X

Philomène G...., 24 ans, couturière, entre à la clinique le 19 mai 1892. Primipare.

Pas d'albumine. Bassin normal. Dernières règles les premiers jours de décembre 1891. Enceinte de 5 mois et demi. A plusieurs reprises, pendant sa grossesse, elle a eu des hémorrhagies. Au moment de son entrée dans le service, elle perd du sang ; le col est dilaté comme une pièce de deux francs ; les membranes sont intactes ; l'enfant se présente par le siège. A 10 h. 1/2 du matin, pendant la visite, M. le professeur Pinard rompt les membranes et fait abaisser un pied par Mlle Rose ; l'extraction est facile et rapide. L'enfant vivant pèse 950 grammes ; il a vécu quelques heures dans une couveuse où il a été placé. Délivrance, par extraction simple, à 11 h. 20. Le placenta a une forme discoïde et pèse 300 grammes. Membrane, 5/25.

Suite de couches bonnes.

Observation XI

J. Aussiètre, âgée de 28 ans, se présente dans le service le 19 juin 1892, à 6 heures du matin. Elle perd de l'eau depuis deux mois. Pas d'antécédents pathologiques. Bassin normal. Cette femme est enceinte pour la troisième fois.

Première grossesse en 1887 ; accouchement spontané et à terme, enfant vivant.

Deuxième grossesse en 1890 ; avortement à six mois, enfant vivant ; il meurt une demi-heure après la naissance.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 25 décembre 1891. En l'examinant on trouve une présentation du siège décomplétée mode des fesses ; la dilatation est comme une pièce de deux francs. A 6 h. 30 du matin naissance d'un fœtus vivant, du poids de 900 grammes, qui succombe quelques minutes plus tard.

Expulsion spontanée du placenta au bout de 35 minutes. Injection intra-utérine.

Les membranes sont complètes et mesurent 8/17. Le placenta, de forme ovalaire, pèse 280 grammes. Suites des couches physiologiques.

Observation XII

Femme B...., 28 ans, infirmière, entrée le 10 septembre 1892, à 8 heures du soir.

Son mari est mort, à 31 ans, de tuberculose pulmonaire. Elle a eu la rougeole et la scarlatine dans son enfance, la fièvre typhoïde à 18 ans et une sciatique à 22 ans. On ne trouve rien aux poumons. Pas d'albumine.

Grossesses antérieures : un premier accouchement à terme ; un avortement à deux mois, un à cinq mois ; un accouchement prématuré à 7 mois ; un deuxième accouchement à terme. Elle a eu ses dernières règles du 1 au 3 mai. L'utérus a 22 centimètres de hauteur.

Le 20 septembre, à 4 heures du soir, rupture prématurée des membranes, la parturiente n'ayant ressenti les premières douleurs qu'à 9 heures ; dilatation complète à 6 h. 5 du matin, le 11.

Terminaison spontanée à 6 h. 10. Enfant vivant, pesant 500 gr., mort 2 heures après la naissance.

Délivrance spontanée à 6 h. 35. Membranes, 0/23. Poids du placenta, 300 grammes.

Suites de couches physiologiques.

Observation XIII

Marie R...., 27 ans, ménagère, entre à la clinique le 23 decembre à 4 h. 15 du soir.

Fièvre typhoïde et fluxion de poitrine à 15 ans ; métrite, en 1889, pour laquelle la malade s'est fait soigner à l'hôpital Saint-Louis. Aucune autre maladie.

Enceinte pour la quatrième fois, cette femme a eu deux premières grossesses qu'elle a menées jusqu'à terme ; la troisième s'est terminée par un avortement à deux mois. Tous les enfants sont du même père. A eu ses dernières règles du 27 juillet au 3 août. Le travail a débuté le 23 à 2 heures du soir ; la poche

des eaux s'est rompue prématurément le 20, c'est-à-dire trois jours avant l'apparition des premières douleurs. A son entrée, la dilatation est comme un franc ; le travail marche rapidement et le fœtus est expulsé à 6 h. 40 ; il présente quelques pulsations cardiaques et pèse 390 grammes. La délivrance a lieu spontanément 35 minutes après. Injection intra-utérine. Le placenta présente une forme circulaire et pèse 200 grammes.

Les membranes complètes mesurent 0/16. Le 24, la température oscille entre 38° et 40° ; la femme est soumise immédiatement à l'irrigation continue pendant 51 heures. Guérison.

Observation XIV

Le femme Jeanne Leroy, âgée de 30 ans, ménagère, entrée le 30 décembre 1892 à 10 heures 1/2 du soir.

Rougeole, scarlatine, coqueluche pendant l'enfance ; pleurésie sèche à 15 ans.

Secondipare, elle a eu une première grossesse terminée normalement et à terme par la naissance d'un enfant vivant. Les dernières règles datent du 29 juin ; elles ont duré 4 jours. La grossesse actuelle a évolué normalement jusque dans ces derniers temps ; il y a dix jours, en effet, la parturiente a été prise d'une hémorrhagie qu'elle ne peut attribuer à aucun accident. Elle perd du sang tous les jours en quantité variable. On constate une présentation du sommet en G. A. ; le col est dilaté comme une pièce de 50 centimes. La rupture des membranes se produit au moment de l'expulsion du fœtus à trois heures du matin, le 31 ; ce dernier, du poids de 980 grammes, est mis dans une couveuse où il meurt le lendemain.

Expulsion spontanée du placenta (380 grammes) à 3 h. 7. Membranes, 8/16. Suites de couches physiologiques.

Observation XV

Virginie Guyot, 34 ans, entre à la clinique le 4 avril 1893, à 11 heures du matin.

Pas d'antécédents pathologiques. Bassin normal.

Elle a eu cinq grossesses antérieures qui sont arrivées à terme. Même père pour tous les enfants. Dernières règles du 25 au 30 novembre 1892. Présentation du siège en G. T. Le 7, à 8 heures du matin, apparaissent les premières douleurs ; la dilatation est complète à 10 h. 15 ; on rompt artificiellement les membranes. Quinze minutes après, expulsion d'un garçon vivant du poids de 750 grammes ; il meurt au bout de quelques minutes. Le placenta, pesant 300 grammes, suit immédiatement le fœtus. Les membranes entières mesurent 5/36.

Suites de couches simples.

Observation XVI

Julie Mettey, 28 ans, primipare, se présente dans le service le 12 avril 1893 à 10 h. 45 du soir. N'a pas d'antécédents pathologiques.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois du 19 au 22 novembre 1892. Le 20 mars elle est prise de quelques douleurs et d'un léger écoulement sanguin. Le 12 avril, à 8 heures du soir, elle ressent de violentes douleurs ; en même temps l'hémorrhagie se reproduit et persiste jusqu'à son entrée à l'hôpital. Injections vaginales chaudes.

Par le toucher on trouve le col non effacé ; la poche des eaux s'est rompue spontanément depuis quelques instants. A 4 h. 20 du matin, le 13, expulsion d'un garçon, pesant 340 grammes, qui a fait quelques légères inspirations.

Délivrance spontanée immédiatement après. Injection intra-utérine. Les membranes mesurent 6/16. Le placenta, de forme irrégulière, pèse 210 grammes.

Le 20 avril, lymphangite du sein droit ; pansement compressif ; guérison au bout de 24 heures.

Observation XVII

La nommée Louise Hirt, 24 ans, primipare, arrive à la clinique Baudelocque le 21 juin 1893 à 8 h. 1/2 du matin.

Elle a eu ses dernières règles du 18 au 22 décembre 1892.

L'orifice utérin présente une dilatation grande comme une paume de main. Présentation du sommet en G. A. Rupture précoce des membranes avant l'entrée de la parturiente dans le service. La dilatation est complète à 9 heures. Terminaison spontanée à 9 h. 20. Le fœtus, du sexe féminin, de 880 grammes, meurt 20 heures après la naissance.

Extraction simple du placenta, qui pèse 230 grammes, à 10 h. 20.

Membranes, 1/26. Suites de couches physiologiques.

Observation XVIII

La femme Rosalie P...., âgée de 26 ans, cuisinière, entrée le 3 février 1894 à 8 h. 10 du soir, tertipare.

Fièvre typhoïde à 7 ans. Pas d'albumine. Les deux grossesses antérieures se sont terminées à terme par des accouchements normaux.

Elle a eu ses dernières règles du 23 au 26 juillet 1893.

Le mois de septembre dernier, elle fut prise d'une hémorrhagie abondante qui s'arrêta spontanément; nouvelle hémorrhagie au début du travail. Au toucher on trouve que la dilatation est complète ; on rompt artificiellement les membranes. Aussitôt le fœtus, de 620 grammes, est expulsé et meurt après 15 minutes.

Délivrance, par extraction simple, à 9 h. 1/2. Poids du placenta, 280 grammes.

Membranes, 3/17. Les suites de couches sont normales.

Observation XIX

Marie S..., 23 ans, blanchisseuse, se présente dans le service le 6 février 1894.

Rougeole à 2 ans ; variole un peu plus tard. Pas d'albumine. Bassin normal.

Elle est enceinte pour la troisième fois.

Première grossesse en 1891, accouchement spontané par le sommet et à terme d'un garçon vivant.

Deuxième grossesse en 1893, accouchement prématuré à 7 mois 1/2 d'une fille se présentant par l'épaule, morte 2 heures après.

Même père pour tous les enfants.

Cette femme a eu ses règles pour la dernière fois du 23 au 25 juillet 1893. Depuis le mois d'octobre elle a eu tous les mois, à une époque variable, un écoulement sanguin plus abondant que celui des règles.

L'enfant vivant se présente par le sommet ; la tête n'est pas engagée. La femme ignore à quel moment s'est faite la rupture des membranes. Terminaison spontanée. Le fœtus, du poids de 920 grammes, meurt dix minutes après la naissance.

Poids du placenta, 330 grammes. Membranes, 5/26. Suites de couches simples.

Observation XX

La nommée Anna Michel, âgée de 30 ans, domestique, entre à la clinique Baudelocque le 24 juillet 1894 à 8 heures du matin.

Elle est déjà accouchée trois fois spontanément à terme d'enfants vivants se présentant par le sommet. Le père est différen pour la grossesse actuelle.

Les dernières règles datent du 11 février ; elles ont duré deux jours. Cette femme a perdu prématurément les eaux le 17 juillet à 6 heures du matin. Au toucher on trouve le col en voie d'effacement. Le 25, à 1 h. 30 du matin, le fœtus, pesant 520 gr., est expulsé vivant ; il meurt au bout de 35 minutes.

Délivrance artificielle à trois heures.

Le placenta, de forme étalée, pèse 230 grammes.

Les membranes sont complètes et mesurent 2/13. Suites de couches physiologiques.

CHAPITRE VI

Accouchement prématuré.

Depuis les recherches de M. le professeur Pinard, dont les résultats ont été consignés dans la thèse du Dr Lacaille, on s'accorde à reconnaître que l'insertion vicieuse du placenta peut gêner le cours normal de la grossesse et amener l'accouchement prématuré.

Voici les conclusions formulées par M. Lacaille :

« 1° Quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, la femme perd de l'eau ou du sang, et la rupture des membranes ainsi que l'accouchement se font prématurément.

2° Lorsque le placenta est inséré au-dessus de 12 centimètres à peu près de l'orifice utérin, c'est-à-dire au moins dans le segment moyen de l'utérus, la grossesse est dans les conditions voulues pour aller à terme, et la rupture des membranes ne doit se faire qu'à la dilatation complète (sauf, bien entendu, les cas où d'autres causes étrangères viendraient y mettre obstacle).

3° Le placenta est-il inséré au-dessous de 12 centimètres, c'est-à-dire empiète-t-il sur le segment inférieur, la grossesse pour ce seul fait sera entravée dans son évolution à dater du septième mois, et la rupture des membranes précédera toujours la dilatation complète et souvent même tout début de travail.

4° Le lieu d'insertion du placenta le plus favorable au développement et à la nutrition du fœtus est le fond ou tout au moins le tiers supérieur de l'utérus. »

Dans un travail ultérieur (mémoire cité), M. Pinard dit ceci : « L'accouchement prématuré est très souvent provoqué par la présence du placenta sur le segment inférieur, soit qu'il y ait hémorrhagie, soit qu'il y ait rupture prématurée des membranes, soit qu'on n'observe ni l'un ni l'autre de ces accidents. »

Ainsi sur 392 cas où le placenta était à dix centimètres de l'orifice utérin et au-dessous, notre maître a trouvé 167 accouchements prématurés (42,60 0/0) et 225 à terme (57,39 0/0).

Au point de vue de la rupture des membranes, sur ces 167 accouchements prématurés, il y a eu :

72 fois (43,11 0/0) rupture prématurée
95 — (56,88 0/0) rupture tempestive.

Nos recherches nous donnent une proportion beaucoup plus faible, mais cette différence peut s'expliquer, croyons-nous, par ce fait que nous n'avons pas compté dans notre statistique les cas où d'autres causes reconnues capables de provoquer l'accouchement prématuré, se trouvaient associées à l'insertion vicieuse du placenta. Nous n'insisterons pas ici sur ces différentes causes, nous les avons énumérés au chapitre *Avortement* ; mais nous tenons à faire observer que sur le nombre des accouchements prématurées que nous avons relevés, ne figure aucun cas de fœtus mort, macéré ou non (1). C'est pour ne pas nous

(1) Nous en exceptons les enfants morts pendant le travail.

exposer à rendre l'insertion vicieuse responsable d'un accouchement prématuré qui relèverait de la syphilis, que nous avons dû procéder de cette façon. On sait, en effet, combien M. le professeur Pinard attache de l'importance à la macération du fœtus pour dépister cette maladie lorsque les parents, volontairement ou involontairement (syphilis ignorée par l'un des conjoints), ne peuvent pas donner tous les renseignements qu'on leur demande.

Ces réserves faites, voici les chiffres que nous avons relevés :

		Nombre de cas	Total des accouchements prématurés	Accouchement prématuré avec ruptures des membranes — prématurée	Accouchement prématuré avec ruptures des membranes — précoce
Primipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m....	685	160 (23,35 0/0)	31 (19,37 0/0)	28 (17,50 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m....	1.151	205 (17,81 0/0)	41 (20 0/0)	50 (24,37 0/0)
	Totaux....	1.836	365 (19,88 0/0)	72 (19,72 0/0)	78 (21,36 0/0)

		Nombre de cas	Total des accouchements prématurés	Accouchement prématuré avec rupture des membranes — prématurée	Accouchement prématuré avec rupture des membranes — précoce
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m....	780	164 (21,02 0/0)	61 (37,19 0/0)	18 (10,97 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m....	1.322	169 (12,78 0/0)	49 (28,99 0/0)	27 (15,97 0/0)
	Totaux....	2,102	333 (15,84 0/0)	110 (33,03 0(0)	45 (13,51 0/0)

En additionnant (primipares et multipares réunies), on trouve sur 3,938 insertions vicieuses :

698 accouchements prématurés, soit 17,72 pour 100.

De plus, nous remarquons que les primipares sont plus exposées à cet accident que les multipares ; que ce dernier s'observe bien plus fréquemment dans les cas où le placenta est inséré très bas que dans les cas où son insertion se fait sur un point plus élevé ; que l'accouchement prématuré est très souvent précédé de la rupture prématurée ou précoce des membranes.

CHAPITRE VII

Procidence du cordon et des membres.

Ici, comme dans les chapitres précédents, nous avons éliminé les nombreuses causes qui favorisent la production des procidences : bassin vicié, présentations anormales, hydropisie de l'amnios, gémellité, etc., pour ne nous en tenir qu'à l'insertion vicieuse seule.

Voici ce que nous avons constaté :

		Nombre de cas	Cordon		
			compression	procubitus	procidence
Primipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m....	685	0	5 (0,72 0/0)	4 (0,58 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m....	1.151	0	1 (0,08 0/0)	1 (0,08 0/0)
	Totaux ...	1.836	0	6 (0,32 0/0)	5 (0,27 0/0)

		Nombre de cas	Cordon		
			compression	procubitus	procidence
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m....	780	1 (0,12 0/0)	0	11 (1,41 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m....	1.322	1 (0,07 0/0)	4 (0,30 0/0)	3 (0,22 0/0)
	Totaux.....	2.102	2 (0,09 0/0)	4 (0,19 0/0)	14 (0,66 0/0)

		Nombre de cas	Procidence du cordon avec		Procidence des membres supérieurs	
			une main	deux mains	une main	deux mains
Primipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m...	685	2 (0,29 0/0)	0	8 (1,16 0/0)	0
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m...	1.151	0	1 (0,08 0/0)	13 (1,12 0/0)	0
	Totaux....	1.836	2 (0,10 0/0)	1 (0,05 0/0)	21 (1,14 0/0)	0

		Nombre de cas	Procidence du cordon avec		Procidence des membres supérieurs	
			une main	deux mains	une main	deux mains
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m...	780	1 (0,12 0/0)	0	7 (0,89 0/0)	1 (0,12 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m...	1.322	0	0	6 (0.45 0/0)	1 (0,07 0/0)
	Totaux....	2.102	1 (0,04 0/0)	0	13 (0,61 0/0)	2 (0,09 0/0)

En additionnant, primipares et multipares réunies, on trouve :

Cordon	Compression......	2	soit	0,05	pour 100
	Procubitus........	10	—	0,25	—
	Procidence........	19	—	0,48	—
Total...........................		31	soit	0,78	pour 100
Procidence du cordon avec	une main...	3	soit	0,07	pour 100
	deux mains.	1	—	0,02	—
Total...........................		4	soit	0,10	pour 100
Procidence des membres supérieurs	une main...	21	soit	0,53	pour 100
	deux mains.	13	—	0,33	—
Total...........................		34	soit	0,86	pour 100

CHAPITRE VIII

Mortalité maternelle.

Le pronostic de l'insertion vicieuse du placenta, disent la plupart des auteurs, est grave pour la mère. En effet, en consultant les statistiques qui ont été publiées, on relève une mortalité assez élevée.

Voici quelques chiffres que nous empruntons à Lomer :

Auteurs :	Nombre de cas.	Mères mortes.	Pourcentage.
Depaul	71	23	32 0/0
Simpson	654	180	27 —
Schwarg	332	80	24 —
Charpentier	952	237	24 —
Trask	958	237	24 —
Müller	912	212	23 —
King	240	54	22,5

Pour ce qui regarde les méthodes de traitement employées, on trouve (Dylion, th. Paris, 1890) :

	[illegible]	Mères mortes	Pourcentage
Méthode de Leroux (av. l'antisepsie)	316	92	29,11 0/0
— Leroux (ap. l'antisepsie)	18	2	11,11 0/0
— Braxton-Hicks	477	39	8,21 0/0
— Chassagny	26	1	3,84 0/0
— M. Pinard	59	1	1,69 0/0

On voit que la méthode de M. le professeur Pinard donne la mortalité la plus faible. Depuis quatre ans, les résultats obtenus à la clinique Baudelocque sont encore

plus favorables. Notre maître (*leçon clinique*, 23 novembre 1894) disait que, sur 21.142 accouchements, il n'a perdu que 10 femmes d'hémorrhagie, et sur ce nombre ne figurent que trois cas de mort causée par insertion vicieuse du placenta et chez des femmes apportées dans le service *in extremis*.

« Or, ajoutait-il, nous verrons bientôt combien les cas d'insertion vicieuse ont été nombreux, et peut-être alors serez vous frappés de la différence qui existe entre notre faible mortalité et la mortalité effrayante signalée par les auteurs.

Vous le serez probablement beaucoup plus encore quand je vous aurai dit que nous avons obtenu ces résultats en bannissant absolument de notre pratique les deux moyens qui, depuis plus d'un siècle pour l'un, depuis un peu moins d'un siècle pour l'autre, étaient recommandés par tous les auteurs ; je veux parler de l'emploi du seigle ergoté et du tamponnement vaginal. En vous disant que j'abandonne ces deux moyens, je ne vous dis pas toute ma pensée, et je dois et veux vous la dire. Ces moyens je les proscris et je les condamne comme n'ayant jamais donné qu'une sécurité passagère et trompeuse. En prononçant ces paroles, je sais quelle responsabilité j'assume ; mais aussi, en condamnant les deux moyens considérés pendant si longtemps comme les deux piliers du traitement des hémorrhagies utérines, je suis pénétré du service que je vous rends, service dont bénéficieront les femmes et les enfants dont vous avez la vie entre les mains. Après avoir exposé ce que nous avions abandonné, condamné et proscrit, le moment est venu de vous parler des armes nouvelles que nous

possédons à l'heure actuelle, c'est-à-dire des méthodes et des moyens que nous avons substitués aux anciens.

Ces moyens sont :

1° L'emploi de l'eau chaude à 48° ;

2° La large déchirure des membranes ;

3° La dilatation du col de l'utérus, obtenue sans décollement du placenta et sans descente de la partie fœtale, à l'aide du ballon de Champetier de Ribes ;

4° L'emploi des injections de sérum salin.

Telles sont les armes que nous employons aujourd'hui pour combattre les hémorrhagies pendant la puerpéralité.

Vous voyez que si nous avons brisé les anciennes, nous en avons forgé de nouvelles que vous serez toujours à même de vous procurer facilement, et je vous dis en terminant : « Prenez-les, venez en apprendre le maniement, et leur usage se traduira par une économie de vies humaines. »

C'est grâce à ces moyens préconisés par notre maître, que le pronostic de l'insertion vicieuse a perdu de sa gravité, au point que la mortalité maternelle est presque nulle à la clinique Baudelocque.

Sur 3,938 insertions vicieuses, nous n'avons relevé que 4 cas de mort pouvant être attribuée à cette complication (1).

Ces cas se divisent ainsi :

(1) Il est évident que nous n'avons pas compté dans cette statistique les femmes mortes, pendant les suites de couches, d'une maladie intercurrente : scarlatine, variole, fièvre typhoïde, pleurésie, etc.

		Nombre de cas	Mères mortes par hémorrhagie	Mères mortes par infection consécutive à la rupture prématurée des membranes.
Primipares.	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m.	685	0	1 (0,14 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m.	1,151	0	0
	Totaux.. .	1,836	0	1 (0,05 0/0)

		Nombre de cas	Mères mortes par hémorrhagie	Mères mortes par infection consécutive à la rupture prématurée des membranes
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m.	780	2 (0,25 0/0)	1 (0,12 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m.	1.322	0	0
	Totaux.. .	2.102	2 (0,09 0/0)	1 (0,04 0/0)

En additionnant, mortalité totale sur 3,938 cas :

4, soit 0,10 pour 100

proportion insignifiante à côté de celle qui est donnée par les auteurs.

De plus, nous ferons remarquer que les deux femmes mortes d'hémorrhagie furent apportées exsangues dans le service : l'une d'elles, tamponnée en ville, mourut quatre heures après son entrée ; l'autre, très anémiée, succomba au bout de trois heures.

Pour les deux autres décès, il s'agit de femmes infectées avant leur arrivée à la clinique, avec un état général grave et une température très élevée.

CHAPITRE IX

Mortalité fœtale.

D'après les différentes statistiques qui ont été données, la mortalité fœtale dans les cas d'insertion vicieuse du placenta serait très considérable.

Ainsi les auteurs suivants ont noté :

	Nombre de cas	Enfants morts	Pourcentage
Behm	40	31	77,5 0/0
Wyder	189	122	64,55 —
Hofmeier	37	23	62,16 —
Auvard	145	78	53,79 —
Obermann	64	34	53,12 —
King	85	43	50,58 —
Lomer	101	51	50,49 —
Murphy	16	7	43,75 —
Négri	6	2	33,33 —

Certes, le pronostic de l'insertion vicieuse est plus grave pour l'enfant que pour la mère : celle-ci ne court qu'un danger immédiat, l'hémorrhagie, dont on arrive le plus souvent à se rendre maître par l'emploi des moyens indiqués par M. le professeur Pinard ; nous n'insisterons pas sur l'infection consécutive à la rupture prématurée des membranes qui est une complication possible ; tandis que l'enfant a contre lui l'hémorrhagie, la rupture prématurée, la procidence du cordon, les présentations vicieuses, l'avortement et l'accouchement prématuré.

Cependant, malgré ces nombreux dangers auxquels peut être exposé le fœtus, nous n'avons pas retrouvé dans nos recherches la mortalité excessive signalée par les auteurs auxquels nous venons de faire allusion.

Voici les résultats que nous avons obtenus (1) :

		Nombre de cas	Enfants morts: Par hémorrhagie, compression du cordon ou présentation vicieuse	Par avortement	Par accouchement prématuré
Primipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m.....	685	9 (1,31 0/0)	5 (0,72 0/0)	15 (2,18 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m.....	1.151	5 (0,43 0/0)	2 (0,17 0/0)	15 (1,30 0/0)
	Totaux	1.836	14 (0,76 0/0)	7 (0,38 0/0)	30 (1,63 0/0)

		Nombre de cas	Enfants morts: par hémorrhagie, compression du cordon ou présentation vicieuse	par avortement	par accouchement prématuré
Multipares	Insertion *basse* de 0 à 5 c/m....	780	13 (1,66 0/0)	11 (1,41 0/0)	10 (1,28 0/0)
	Insertion *haute* de 6 à 9 c/m....	1,322	4 (0,30 0/0)	2 (0,15 0/0)	8 (0,60 0/0)
	Totaux....	2,102	17 (0,80 0/0)	13 (0,61 0/0)	18 (0,85 0/0)

D'où, chez les primipares et les multipares réunies, sur 3,938 cas :

Enfants morts	Par hémorrhagie, etc.	31	soit	0,78	pour 0/0
	Par avortement	20	—	0,50	—
	Par accouchement prématuré	48	—	1,21	—
	Total	99	—	2,51	—

(1) Dans cette statistique ne figurent pas les fœtus morts, soit à la suite d'un accouchement provoqué nécessité par un rétrécissement du bassin, soit à la suite de malformations congénitales incompatibles avec la vie.

CONCLUSIONS

I. — Le placenta s'insère beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit sur le segment inférieur de l'utérus : sur 6.846 accouchements où les membranes ont pu être mesurées, nous l'avons rencontré 3.938 *fois sur le segment inférieur*, soit 57,52 0/0, c'est-à-dire *dans un peu plus de la moitié des cas*.

II. — Sur ces 3.938 cas nous avons trouvé 1.836 primipares et 2.102 multipares.

III. — L'insertion vicieuse du placenta donne lieu à un certain nombre d'accidents qui sont par ordre de fréquence :

a) L'accouchement prématuré	17,72	p. 100
b) La rupture précoce des membranes .	16,67	—
c) La rupture prématurée des membranes.	13,90	—
d) Le défaut d'engagement de la tête fœtale.	11,84	—
e) L'hémorrhagie qui peut apparaître dès le début de la grossesse . . .	11,09	—

f) Les présentations vicieuses	3,	p. 100
g) La procidence des membres supérieurs.	0,86	—
h) La compression, le procubitus et la procidence du cordon	0,78	—
i) L'avortement.	0,50	—
j) La procidence du cordon avec les membres supérieurs.	0,10	—

IV. — En résumé, on voit que si l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus est très fréquente, les accidents sont relativement rares. L'accouchement prématuré, la rupture précoce et prématurée des membranes s'observent le plus communément ; l'hémorrhagie, considérée par les auteurs classiques comme un accident presque inévitable, ne survient au contraire que dans un nombre restreint de cas. Cette différence s'explique : avant les recherches de M. le professeur Pinard, on ne possédait pas de moyen pour faire le diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse ; il en résultait que nombre de placentas insérés sur le segment inférieur et n'ayant entraîné aucun accident passaient inaperçus, et l'on ne reconnaissait l'insertion anormale qu'à l'apparition d'une hémorrhagie.

V. — La mortalité des mères et des enfants n'est pas aussi élevée que semblent l'indiquer les statistiques classiques ; elle n'atteint à la clinique Baudelocque qu'une très faible proportion (0,10 0/0 pour les mères, 2,51 0/0 pour les enfants), et cela pour deux raisons : d'abord, ainsi que nous l'avons dit précédemment, parce que l'on peut actuellement reconnaître les cas d'insertion vicieuse qui ne

sont pas suivis d'accidents pour les ajouter aux cas graves qui servaient à établir les statistiques ; et ensuite, parce que l'on possède maintenant des méthodes de traitement puissantes que préconise notre maître, M. le professeur Pinard, et qui donnent de si bons résultats.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alezais. — *De la rupture prématurée spontanée des membranes de l'œuf.* Thèse de Montpellier, 1882.

Auvard. — *De la conduite à tenir dans les cas de placenta plœvia.* Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

Barnes. — *Lectures of obstetric opérations.* Londres. Traduction de Cordes, Paris, 1873.

Bitot. — *Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.* Thèse de Paris, 1880.

Depaul. — *Leçons de clinique obstétricale*, Paris.

Dylion. — *De l'insertion vicieuse du placenta.* Thèse de Paris, 1890.

Garipuy. — Thèse de Paris, 1873.

Jüdell. — Ueber placenta prœvia. *Arch. f. Gyn.*, Bd. VI, 1874.

Lacaille. — *De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus.* Thèse de Paris, 1883.

Lachapelle. — *Pratique des accouchements*, Paris, 1825.

Lomer. — On combined turning in the treat. of placenta prœvia. *Amer. J. of. obst.*, déc. 1884.

Pinard. — De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain. *Ann. de Gyn.*, 1886.

— *Leçons faites à la clinique Baudelocque*, novembre, décembre et janvier 1894-95.

— *Bulletin médical*, 25 novombre 1894.

Pluyette. — *Aperçu historique sur l'insertion vicieuse du placenta.* Thèse de Paris, 1883.

Puzos. — *Mémoire sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses.*

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Précis d'obstétrique*, Paris, 1893.

Wyder. — Ueber die behandlung der placenta prœvia. *Arch. fr. Gyn.*, 1887.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, St-Dizier (Hte-Marne), 15-17, Passage Verdeau, Paris.

